

demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception, équivaut à un accord

VOLET 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de réception :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom FABERT GHYSLAINE

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 2 4 7 0 1 7 5 0 6 7 0 2 7 5 0

date de naissance 2 2 0 1 1 9 4 7

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

adresse

193 AVENUE GAMBETTA 93170 - BAGNOLET

● assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

partie à compléter par le fournisseur

● conditions de prise en charge de l'appareillage

maladie [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

● identification du prescripteur

nom et prénom OUVRARD GAELLE

date de prescription 2 2 0 5 2 0 2 4

identifiant 9 3 0 0 2 1 0 0 1 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

● position de la demande

1ère attribution [X] 2ème attribution [] appareil provisoire [] renouvellement [] réparation [] numéro de l'appareil

● références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

● appareil atypique [] (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 907.92 € PRIX DE VENTE 907.92 €

identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES
67 PODO-ORTHESE
CONVENTIONNE
12 RUE MIRABEAU
94230 - CACHAN

identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1

raison sociale
adresse

Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 3 1 0 5 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical []
- d'ordre administratif [] - motif :

date []



Date des soins : 29/05/2024

Identifiant (NIR) : 2470175067027 50

Information de l'ouvrant droit

Nom de famille : FABERT

Nom d'usage :

Prénom : GHYSLAINE

Information du bénéficiaire des soins

Nom de famille : FABERT

Prénom : GHYSLAINE

Date de naissance/rang : 22/01/1947 1

Code grand régime : 01

Caisse gestionnaire : 931

Centre de paiement/clé : 000 2

Code gestion : 11

Centre de gestion : 0000

<input checked="" type="radio"/> Ouverture des droits (régime de base) :	Du 28/02/2022 Au 29/05/2025
<input checked="" type="radio"/> Exonération du ticket modérateur :	
Exonération sauf médicaments à 30%	Du 28/02/2022 Au 29/05/2025
Exonération limitée aux soins relatifs à l'affection liste	Du 28/02/2022 Au 29/05/2025
<input checked="" type="radio"/> Modulation du ticket modérateur :	NON
<input checked="" type="radio"/> Complémentaire santé solidaire :	NON
<input checked="" type="radio"/> Médecin traitant (à la date des soins) :	OUI
Nom : ORESVE JOACHIM Prénom : CATHERINE	Numéro : 931050918

[Retour au portail](#)[Retour Liste](#)[Retour Formulaire](#)

Aide



prescription médicale pour grand appareillage

VOLET 3
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service médical)

n° 12042*02

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

partie à compléter par l'assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **Fabert Ghislaine**

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance

adresse

● assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

● en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée

service :

● la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui

date

non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

● le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage

patiente présentant dans le cadre d'une neuropathie post chimiothérapie des troubles sensitifs avec varus équin de cheville droite en phase d'appui, déficit moteur sévère à 1/5 en distal à haut risque de chute
objectifs : faciliter les transferts et éventuellement la marche sur qq mètres avec aide technique

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BOUYKARD - Médecin MPR
RPPS N° 101834215
INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE
140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE
Tél. : 01 79 63 63 00 - Fax : 01 79 63 63 01
N° FINESS ET 930021001

raison sociale

INSTITUT READAPTATION DE ROMAINVILLE

adresse

0140 R PAUL DE KOCK 93230 ROMAINVILLE

identifiant

n° structure

(AM. FINESS ou SIRET) 9 3 0 0 2 1 0 0 1

date

2 2 0 5 2 0 2 4

signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 3135 b

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI



prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

n° 12042*02

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

partie à compléter par l'assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom Fabert Ghislaine

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance

adresse

● assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

● en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée

service :

● la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui

date

non

partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soulever les volets 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet 3)

● conditions de prise en charge de l'appareillage

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.212-1) oui non

accident du travail ou maladie professionnelle

date

autre

● type d'appareil

prothèse membre supérieur

prothèse membre inférieur

orthèse membre supérieur

orthèse membre inférieur

orthèse tronc

prothèse oculaire et maxillo-faciale

podo-orthèses

appareil atypique sur devis

(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

● nature de l'appareil

définitif

provisoire

renouvellement

réparation

● descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Chaussures orthopédiques sur mesure et sur moulage pour correction pied droit avec avec releveur intégré, contrefort pour stabilisation cheville pour limiter le varus du pied droit+++ et barre rétro capitale pour limiter la griffe d'orteils

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom ouvrard Gaëlle

raison sociale INSTITUT READAPTATION DE ROMAINVILLE

Dr Gaëlle OUVRARD - Médecin MPR

RPPS N° 10101834215

INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE

140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE

Tél. : 01 79 63 63 00 - Fax : 01 79 63 63 01

identifiant

N° FINESS ET 930021001

n° structure

(M. FINESS ou SIRET) 9 3 0 0 2 1 0 0 1

date

2 2 0 5 2 0 2 4

signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 3135 b